

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François BRETON

Né le 30 mars 1894 à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de St-Lazare

Ancien Assistant d'Oto-rhino-laryngologie
de l'Hôpital N. D. de Bon Secours

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

TUMEURS DE LA LOGE
HYO-THYRO-ÉPIGLOTTIQUE

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François BRETON

Né le 30 mars 1894 à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de St-Lazare

Ancien Assistant d'Oto-rhino-laryngologie
de l'Hôpital N. D. de Bon Secours

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

TUMEURS DE LA LOGE

HYO-THYRO-ÉPIGLOTTIQUE

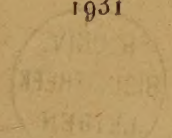
Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médecine-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERRE . . Chimie biologique.
 BROcq . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (Fernand) . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULANGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REFTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de mon affection et
de ma profonde reconnaissance.*

A MA MÈRE

A MA FEMME

AUX MIENS ET A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur NICOLAS HALMAGRAND

Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

Le Docteur ROBERT HALMAGRAND

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur P. SEBILEAU

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de nous accueillir dans son service
et de présider notre thèse.*

*Nous lui adressons ici nos remer-
ciements ainsi que l'expression de
notre très respectueuse admira-
tion.*

A MON MAITRE

M. le Docteur P. TRUFFERT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital N. D. de Bon-Secours

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.
En témoignage de ma très grande
reconnaissance et de ma respec-
teuse affection.*

*Qu'il soit persuadé que les trois an-
nées que j'ai passées dans son ser-
vice resteront gravées dans ma
mémoire.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

- 1919-1920. — M. le Professeur agrégé LEGRIS.
M. le Professeur agrégé SCHWARTZ.

Externat

- 1920-1921. — M. le Docteur LORTAT-JACOB.
M. le Professeur agrégé FOIX (*In memoriam*).
1921-1922. — M. le Docteur MICHON.
1922-1923. — M. le Docteur MERKLEN.
1923-1924. — M. le Docteur LORTAT-JACOB.
M. le Docteur BARBIER.
1924-1925. — M. le Docteur GUILLEMOT.
M. le Professeur agrégé MONDOR.
1925-1926. — M. le Docteur GUIMBELLOT.
1926-1927. — M. le Professeur SEBILEAU.

Internat de Saint-Lazare

1927. — M. le Docteur CLÉMENT SIMON.

Service O. R. L. de l'Hôpital N. D. de Bon-Secours

- 1928-1931. — M. le Docteur TRUFFERT.

A MES AUTRES MAITRES

M. le Professeur agrégé JEAN QUÉNU

Chirurgien de l'Hôpital N. D. de Bon Secours

*Hommage de ma reconnaissance dé-
vouée.*

M. le Docteur CLÉMENT SIMON

Médecin de Saint-Lazare

Médecin de l'Hôpital Saint-Michel

Dont l'enseignement me fut précieux.

MM. les Docteurs LUBET-BARBON et LABERNADIE

*Qui guidèrent mes premiers pas en Oto-
rhino-laryngologie.*

INTRODUCTION

Parmi les tumeurs sous-pharyngées, dont une étude d'ensemble a été faite par M. le Dr Carréga et qui ont été étudiées également par M. le Dr Bouvet et par M. le Dr Bosdeveix, il en est une variété particulière qui nous paraît devoir être mise en valeur : ce sont les tumeurs de la loge hyo-thyro-épiglottique qui ont une évolution clinique bien spéciale et une thérapeutique chirurgicale qui leur est propre.

Ces tumeurs ont été considérées par certains auteurs comme d'origine exclusivement branchiale, fait qui semble indéniable, mais il est néanmoins indiscutable que, dans cette région peuvent se développer des tumeurs généralement bénignes, quelquefois malignes, et dont il n'est pas besoin, pour expliquer la nature, de faire intervenir des conceptions embryologiques.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas dans le service de notre maître, M. le Dr Truffert :

Il s'agissait d'une tumeur graisseuse, lipomateuse, que la clinique et l'évolution post-opératoire ont révélée bénigne à l'encontre de la réponse biopsique qui avait

affirmé sa nature sarcomateuse et dont la composition anatomique trouvera une explication dans l'étude topographique de la région et de son contenu.

L'histoire de la malade était la suivante :

OBSERVATION PERSONNELLE (M. Le Dr Truffert).

En juin 1928, se présentait à notre consultation une malade envoyée par un confrère pour des troubles respiratoires.

Depuis quatre mois, cette malade avait vu s'installer progressivement une dyspnée laryngée d'abord inspiratoire et dans l'effort, puis peu à peu étaient apparus du cornage et un tirage dont l'augmentation progressive, surtout dans les efforts, était arrivée à empêcher tout travail.

Il s'agissait d'une femme de 52 ans, travaillant à une exploitation agricole étendue, et dont les antécédents ne donnaient aucun renseignement particulier: 3 grossesses normales, aucune maladie antérieure.

Le confrère spécialiste ayant préalablement examiné cette malade, l'adressait pour une tumeur du repli ary-téno-épiglottique gauche.

Il avait pratiqué un prélèvement biopsique dont l'examen avait donné comme résultat fibro-myxome.

A l'examen la malade présentait en effet, une tuméfaction lisse et arrondie du repli aryténo épiglottique.

Cette tuméfaction bombait sur l'orifice laryngien qu'elle venait obstruer dans les mouvements d'inspiration forcée.

La tuméfaction s'étendait en avant jusqu'à épaissir le bord gauche de l'épiglotte qu'elle semblait dédoubler en avant, effaçant en partie le repli glosso-épiglottique gauche et la gouttière pharyngo-laryngée. En aucun point on ne voyait d'ulcération et autant qu'il était possible de le juger par un examen difficile, la mobilité laryngée proprement dite ne présentait aucun trouble.

L'exploration cervicale fournissait des renseignements : dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche, légèrement en arrière de la grande corne thyroïdienne, on pouvait noter l'existence d'une masse arrondie de consistance ferme et légèrement lobulée.

Cette masse était visible à jour frisant lorsqu'on mettait la tête en extension légère avec rotation du côté opposé. Elle semblait, dans cette attitude, s'énuccléer du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

A la palpation, cette masse était douée d'une certaine mobilité, mais cette mobilité, bien que nette dans tous les sens, était également limitée dans toutes les directions.

En somme, cette masse paraissait fixée aux plans profonds par un pédicule d'une certaine dimension. Le palper bimanuel, index gauche palpant la masse laryngée alors que la main droite palpit la gouttière cervicale donnait une impression de continuité entre les deux masses.

Nous posons le diagnostic de tumeur sous-laryngée de l'espace hyo-thyro-épiglottique, et, en présence de l'imminence des troubles asphyxiques, du fait de l'intensité des troubles respiratoires, l'intervention est décidée pour le lendemain.



FIG. I

- Notre plan opératoire était le suivant : Abord par voie périphérique sur la tumeur externe et, si possible, enlever par cette même voie la partie profonde.

Nous étions d'ailleurs décidé, en cas d'impossibilité d'extraire la tumeur, de faire une trachéostomie.

L'intervention fut faite sous anesthésie générale, à

l'aide de la canule de Butlin munie de l'ajutage Sebileau-Lemaître.

Une incision curviligne fut tracée sur le côté gauche du cou, allant de la partie moyenne de la membrane thyro-hyoïdienne à la partie moyenne du sterno mastoïdien gauche, incision circonscrivant les contours inférieurs de la masse cervicale.

Les plans superficiels sont incisés et presque immédiatement au-dessous des plans aponévrotiques apparaît la tumeur sous l'aspect d'un lipome enflammé. La dissection de celle-ci est facile et l'on voit, dans la profondeur, un pédicule pénétrant dans l'espace qui sépare les insertions des constricteurs moyen et inférieur.

Ce pédicule semble enserré dans un anneau fibro-aponévrotique et celui-ci, à peine incisé, la partie profonde de la tumeur vient faire saillie dans la boutonnière ainsi créée.

Cette tumeur est facilement enlevée, ne présentant aucune adhérence, aucun point d'attache avec les parois de la loge dans laquelle elle s'est développée.

Cette loge, une fois vidée, ne présentant aucun suintement on reconstitue sans drainage la paroi pharyngée et on ferme les plans superficiels. La canule de Butlin est enlevée immédiatement après l'opération.

L'évolution ultérieure se fit de façon absolument apyrétique, à part une légère élévation thermique à 38° qui céda le lendemain. A la suite de cette intervention, la dyspnée avait considérablement diminué ; néanmoins,

il persistait un léger degré de tirage qui n'était pas sans nous préoccuper.

L'examen laryngoscopique montrait au lieu et place de la tumeur, une tuméfaction d'aspect légèrement ecchymotique, tremblotante, un peu infiltrée.

Cette tuméfaction d'ailleurs diminua assez rapidement, puisque la malade quitta la maison de santé le cinquième jour sans aucun trouble respiratoire, mais ce n'est qu'après trois semaines que nous pûmes constater un retour à l'intégrité absolue du repli aryéno-épiglottique gauche, retour confirmé d'ailleurs par la disparition totale et définitive des troubles respiratoires qui, dès le dixième jour, avait permis à cette femme active de reprendre complètement ses occupations agricoles.

Un examen microscopique de la pièce, pratiqué dans un laboratoire, a donné comme diagnostic : sarcome à petites cellules, diagnostic de malignité que jusqu'ici l'évolution clinique n'a pas confirmé.

*
* *

Pour éclairer l'étude clinique et thérapeutique des tumeurs de cet ordre, nous allons rappeler d'abord ce qu'est la loge hyo-thyro-épiglottique décrite par Poirier et Picqué.

Nous étudierons ensuite les symptômes cliniques et ces deux chapitres nous conduiront tout naturellement à poser les règles de la thérapeutique chirurgicale, quant à la voie d'abord et à la technique.

LA LOGE HYO-THYRO-ÉPIGLOTTIQUE

Dans une étude topographique très complète de la région hyo-thyro-épiglottique, Poirier et Picqué ont mis en évidence l'existence d'une loge dont l'intérêt nous paraît certain (fig. II).

Cette loge, évasée à sa partie supérieure, rétrécie à sa partie inférieure, qui répond à l'insertion de l'épiglotte sur le cartilage thyroïde est limitée :

En avant, par la membrane thyro-hyoïdienne et plus exactement par le ligament thyro-hyoïdien médian, qui n'est qu'un épaississement de cette membrane ; ce ligament large en haut où il s'insère sur toute l'étendue du corps de l'os hyoïde, au niveau de son bord postéro-supérieur, se rétrécit en bas sur les bords de l'échancrure thyroïdienne.

En arrière, par la face antérieure de l'épiglotte oblique en bas et en avant, attachée par le ligament thyro-épiglottique à la partie supérieure de l'angle thyroïdien.

En haut, ces deux plans sont réunis par une formation fibreuse qui représente le plafond de la loge. Cette membrane, hyo-épiglottique, est transversalement étendue de l'hémicercle hyoïdien en avant, à la base de la

portion libre de l'épiglote en arrière ; hémicirconférentielle, d'épaisseur variable mais d'existence cons-

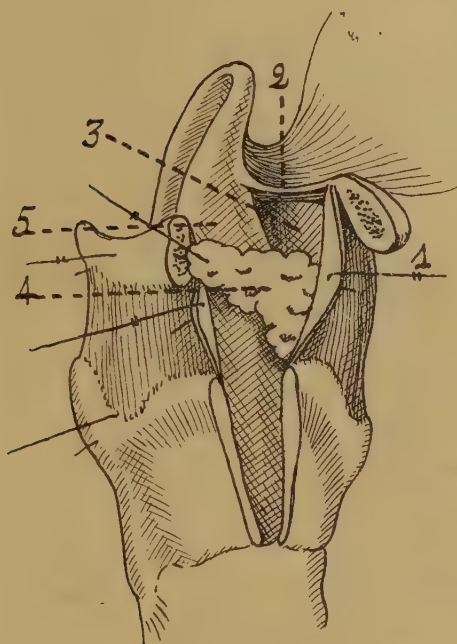


FIG. II. — Loge hyo-thyro épiglottique

- 1) Membrane thyro-hyoidienne.
- 2) Membrane hyo-épiglottique.
- 3) Cloison sagittale sous-hyoidienne.
- 4) Frange graisseuse pré-épiglottique.
- 5) Epiglote.

tante, elle représente le vestige des insertions épiglottiques de la musculature linguale ; en particulier sur sa face supérieure se dessinent en relief les fibres du

muscle lingual supérieur qui sous le nom de ligaments glosso-épiglottiques médian et latéraux soulèvent la muqueuse pharyngée et limitent les deux fossés profonds des vallécules.

En bas, la loge est fermée par l'insertion thyroïdienne de l'épiglotte.

Ainsi limitée, la loge hyo thyro-épiglottique est divisée en deux compartiments secondaires par une cloison sagittale et médiane tendue de toute la hauteur du ligament thyro-hyoïdien médian à la face antérieure de l'épiglotte.

Chacun de ces compartiments est prismatique triangulaire à base supérieure : Solidement cloisonné en haut (membrane hyo-épiglottique), en avant (membrane thyro-hyoïdienne) en arrière (épiglotte), en dedans (cloison sagittale) il n'est clos en dehors que par la coalescence de la muqueuse des gouttières pharyngolaryngées à la membrane thyro-hyoïdienne.

On peut ainsi concevoir, annexée à chaque compartiment de la loge, l'existence d'un prolongement latéral réalisant une espace évidemment virtuel mais très facilement décollable.

La paroi antérieure de cet espace est représentée par la portion amincie de la membrane thyro-hyoïdienne qui sous la forme d'une toile celluleuse unit le ligament thyro hyoïdien médian au ligament thyro-hyoïdien latéral : En certains points cette membrane présente des solutions de continuité, en particulier là où elle est perforée par les éléments du pédicule vasculo-nerveux laryngé supérieur.

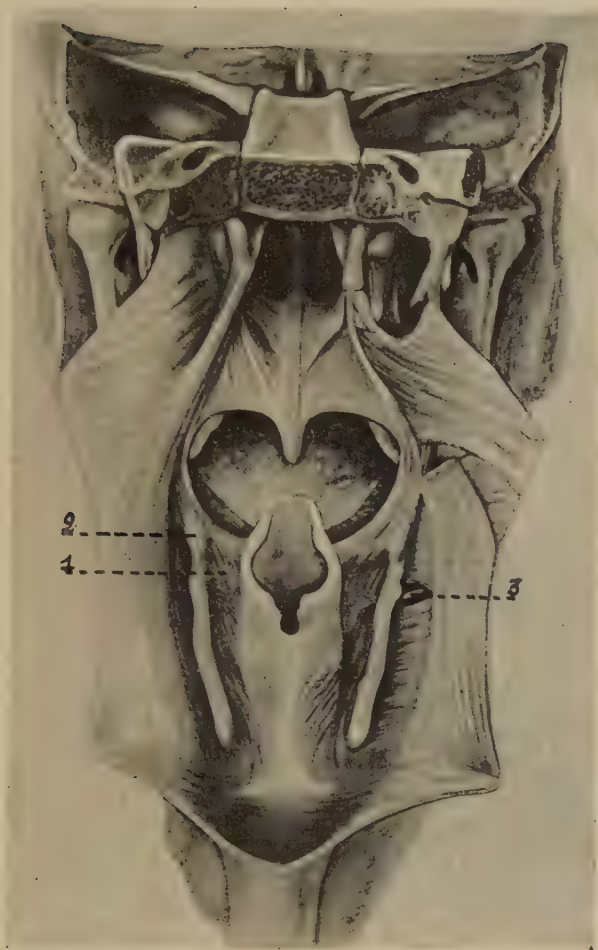


FIG. III. — Paroi postérieure de la loge hyo-thyro-épiglottique

On voit, sur cette figure, que M. le Docteur Truffert a bien voulu nous communiquer, les faisceaux descendants et imbriqués des stylo et staphylo-pharyngiens qui contribuent à limiter en arrière la loge hyo-thyro-épiglottique avant de se perdre à la périphérie du cornet laryngien.

- 1) Grande corne de l'os hyoïde.
- 2) Gouttière pharyngo-laryngée.
- 3) Nerf laryngé supérieur.

En arrière, l'espace est fermé par la muqueuse passant de la base de la langue et de la face postérieure de l'os hyoïde jusqu'à la face profonde de la musculature pharyngée : Cette région représente l'extrémité supérieure des gouttières pharyngo-laryngées, là où elles se continuent avec ce que M. le Pr Sebileau a appelé la basse vallécule. A ce niveau la muqueuse est renforcée par les faisceaux descendants et en partie confondus des muscles éleveurs du pharynx, stylo et staphylo-pharyngiens (Fig. III).

Cet épanouissement des muscles éleveurs du pharynx vient donc tapisser de ses fibres longitudinalement descendantes la muqueuse pharyngée, non seulement au niveau des gouttières pharyngo-laryngées, mais également dans la région où elle recouvre la face postérieure du larynx ; c'est ainsi que des fibres viennent se perdre sur l'épiglotte, d'autres sur le versant externe des replis aryténo-épiglottiques, d'autres à la face postérieure du larynx, d'autres enfin à la face postérieure du châteon cricoïdien et jusqu'au muscle crico-œsophagien de Gillette.

Pour continu qu'il soit, ce renforcement musculaire n'a pas partout la même épaisseur : Beaucoup plus volumineux dans sa partie externe il est constitué dans son segment interne péri-laryngé par des fibres éparses et l'on conçoit déjà que la région du limbe épiglottique, là où la fibro-élastique va se continuer dans le repli aryténo-épiglottique, constitue un des points faibles de la loge au niveau de sa paroi postérieure.

La loge hyo-thyro épiglottique présente du reste

d'autres points faibles. Latéralement dans la région du ligament thyro-hyoïdien latéral, généralement en arrière de celui-ci, dans l'angle que laisse libre le bord supérieur du constricteur inférieur, s'opposant au bord inférieur du constricteur moyen on observe une véritable déhiscence et nous avons déjà signalé dans la membrane thyro-hyoïdienne, dans l'angle formé par la grande corne du thyroïde et le bord supérieur de l'aile les déhiscences multiples par où cheminent les éléments du pédicule vasculo-nerveux laryngé supérieur.

En résumé la loge hyo-thyro-épiglottique solidement plafonnée en haut par la membrane hyo-épiglottique, présente des points faibles au niveau de ses parois antérieures et postérieures.

En arrière, le point faible siège au voisinage du repli aryténo-épiglottique.

En dehors on le rencontre en arrière du ligament thyro-hyoïdien latéral.

Enfin il en existe un dernier au point où le pédicule laryngé supérieur perfore la membrane thyro-hyoïdienne dans sa portion flaccide.

CONTENU DE LA LOGE

La loge hyo-thyro-épiglottique, divisée ainsi que nous l'avons vu en deux compartiments secondaires par la cloison saggittale sous-hyoïdienne, est habitée par des formations adipeuses et parcourue par des éléments vasculo nerveux.

1° Les formations adipeuses sont décrites par Poirier et Picqué sous le nom de franges graisseuses pré-épiglottiques. Elles figurent deux masses situées de chaque côté de la ligne médiane, de part et d'autre de la cloison saggittale sous-hyoïdienne. Adhérentes en dedans à la cloison médiane et à la portion contiguë de l'épiglotte, elles flottent au contraire en dehors à la façon de deux ailes de papillon et se terminent par un nodule arrondi en spatule, au voisinage de l'orifice des vaisseaux laryngés supérieurs.

2° Les éléments vasculo-nerveux sont représentés par le pédicule laryngé supérieur qui, après avoir traversé la paroi antérieure de la loge (membrane thyro-hyoïdienne), la parcourt de dehors en dedans et légèrement de haut en bas, soulevant même sa paroi postérieure musculo-muqueuse en un repli qui fait saillie dans la

gouttière pharyngo-laryngée : le pli du nerf laryngé supérieur. Avec le pédicule chemine une chaîne lymphatique qui peut, au point où elle traverse la loge, présenter un relai ganglionnaire.

INTERPRÉTATION DE LA RÉGION

Quelle interprétation de la région peut-on donner au point de vue embryologique et au point de vue anatomique ?

Au point de vue embryologique, si l'on considère les formations vestigiales abandonnées au niveau du cou par les arcs branchiaux et si l'on se souvient que sur la ligne médiane la membrane thyro-hyoïdienne et surtout son renforcement médian peuvent être considérés comme une formation copulaire unissant le deuxième au quatrième arc branchial, que d'autre part la partie latérale de la région formée par la grande corne de l'os hyoïde, le ligament thyro-hyoïdien latéral et la grande corne thyroïdienne représente le troisième arc branchial, on peut en déduire que toute cette région a été le siège de modifications évolutives très actives susceptibles de favoriser les inclusions endo ou ectodermiques.

Ces faits expliquent les observations signalées par certains auteurs et récemment par M. le Dr Bouvet et par M. le Dr Bosdeveix, de kystes dermoïdes et surtout de

kystes mucoïdes dont le revêtement cilié cadre bien avec une origine embryonnaire.

Au point de vue anatomique nous savons comment est habitée la loge hyo-thyro-épiglottique. Les franges graisseuses pré-épiglottiques occupent exactement l'espace thyro-hyoïdien, c'est-à-dire un espace incessamment modifié dans sa forme par les mouvements d'ascension et de descente du larynx et par les mouvements de fermeture et d'ouverture de l'épiglotte qui en sont le corollaire. Elles représentent évidemment de véritables organes séreux de glissement analogues à la boule de Bichat, à la graisse de l'orbite, analogues à cet appareil séro-graisseux que Poirier a décrit sur le bord supérieur du péricarde fibreux pour favoriser son glissement sur la plèvre médiastine.

Mais ce tissu mésodermique de remplissage déjà différencié en vue d'une fonction définie en tissu cellulograisseux peut très bien donner naissance à une autre formation conjonctive à fonction physiologique similaire, créée par ou pour les mouvements incessants du larynx : Il s'agit cette fois d'une cavité kystique, c'est-à-dire d'une bourse séreuse analogue à celle que Boyer avait décrite entre les muscles sous-hyoïdiens et la membrane thyro-hyoïdienne et que l'on rencontre dans l'économie au voisinage des articulations.

On conçoit qu'aux dépens de ce tissu mésodermique, puissent prendre naissance des néoplasies bénignes ou malignes qui, selon l'orientation prise par ce tissu sont susceptibles de réaliser des lipomes, des fibromes, des kystes ou de dégénérer.

Par ailleurs, ce que nous avons appris à connaître de la loge hyo-thyro-épiglottique et de ses points faibles nous permet de prévoir le mode d'extériorisation des tumeurs qui s'y développent :

En arrière, elles longeront la face latérale du ligament aryténo-épiglottique et après l'avoir chevauché apparaîtront sous la muqueuse vestibulaire.

En dehors, elles gagneront l'hiatus des constricteurs.

En avant, elles emprunteront l'orifice du pédicule laryngé supérieur.

En somme nous voyons que dans la région peuvent se développer non seulement des tumeurs congénitales, mais aussi des tumeurs conjonctives dont le mode d'extériorisation s'explique par l'existence des déhiscentes des parois de la loge que nous venons de passer en revue.

Il est une autre forme anatomique de tumeur développée dans la même région et que nous avons appris à connaître dans le service de M. le Pr Sebileau, au cours d'une de ses leçons cliniques ; nous voulons parler de tumeurs ganglionnaires développées aux dépens du système lymphatique du pédicule laryngé supérieur, au point où ce pédicule traverse la loge hyo-thyro-épiglottique.

ÉTUDE CLINIQUE

Pendant une longue période de leur évolution, les tumeurs de la loge hyo-thyro-épiglottique sont absolument méconnues ; elles n'entraînent aucune gêne, elles n'amènent aucun trouble. Bien que nous n'ayons retrouvé aucune observation de tumeur au stade d'inclusion, il est facile d'imaginer qu'un examen laryngoscopique minutieux pratiqué à ce stade montrerait sans doute un léger refoulement du rebord épiglottique, un léger effacement de la basse vallécule.

Ce n'est que lorsqu'elle atteint un certain volume que les troubles apparaissent et attirent l'attention du malade.

Si, dans certains cas (obs. I) les signes de tumeur cervicale semblent précéder l'apparition des signes laryngés, presque toujours ceux-ci ouvrent la scène.

Signes fonctionnels laryngés

Ils sont caractérisés essentiellement par des troubles respiratoires. Il s'agit, au début, d'une dyspnée légère ne survenant que pendant l'effort et cédant au repos,

Avec les progrès de la tumeur, cette dyspnée s'exagère ; on se rend mieux compte alors de son caractère inspiratoire. Puis la difficulté respiratoire devient de plus en plus grande ; la dyspnée s'accompagne alors de cornage et même de tirage ; les crises de suffocation surviennent qui peuvent nécessiter la trachéotomie d'urgence.

Les troubles de la phonation sont beaucoup plus rares et accessoires en raison de l'intensité des troubles respiratoires ; on conçoit cependant que la tumeur siégeant à l'orifice supérieur du larynx forme étouffoir en retombant sur les cordes vocales et assourdisse parfois la voix.

Les troubles de la déglutition ont été signalés.

Signes physiques laryngés

Examiné au miroir laryngoscopique, l'aspect de la tumeur est caractéristique. C'est une tuméfaction lisse et continue, arrondie, effaçant en dehors la gouttière pharyngo-laryngée, refoulant le bord de l'épiglotte, élargissant le repli aryténo-épiglottique et bombant en dedans au-dessus de l'orifice laryngien qu'elle vient obstruer dans les efforts d'inspiration. A son niveau, la muqueuse est d'apparence absolument normale ; on n'y découvre ni infiltration, ni ulcérations ; elle coiffe simplement la tumeur sous jacente.

Par ailleurs, le larynx est normal, il est simplement refoulé du côté opposé à la tumeur. Ce qu'on peut voir des cordes vocales permet de conclure à leur intégrité.

Signes physiques cervicaux

Si la tumeur augmente de volume, elle gagne la région externe et vient faire dans la région thyro-hyoïdienne latérale une saillie plus ou moins volumineuse, arrondie et lisse.

Toucher bimanuel : Si l'on pratique le toucher bimanuel comme le recommande M. le Pr Sebileau, un index dans la gouttière pharyngo-laryngée alors que l'autre main palpe la tumeur cervicale, il est alors aisé de reconnaître que les deux masses, endocavitaires et cervicales, font bloc et représentent un tout.

Evolution

L'évolution de ces lésions est telle que l'on est amené à mettre en jeu une thérapeutique chirurgicale. En effet, abandonnée à elle-même la tuméfaction finirait fatalement par obstruer l'orifice laryngé et la mort surviendrait au cours d'un syndrome asphyxique.

Formes cliniques

Nous avons envisagé dans notre description le cas d'une tumeur solide ; les signes sont un peu différents, mais très caractéristiques quand il s'agit d'une tumeur kystique.

Au miroir laryngoscopique, les tumeurs kystiques ont un aspect translucide et à leur surface, apparais-

sont des arborisations vasculaires qui ne trompent pas.

D'autre part, si la palpation de la région cervicale ne permet que difficilement de percevoir la fluctuation, le palper bimanuel recueille aisément la sensation liquidienne.

Par ailleurs, la lecture des différentes observations que nous avons retrouvées nous montre que les tumeurs kystiques peuvent se fistuler au niveau du cou, que la tuméfaction cervicale peut faire défaut, enfin que suivant la nature de la tumeur il existe des formes différentes selon qu'il s'agit d'un lipome, d'un fibrome, d'un kyste, d'une tumeur ganglionnaire ou d'une tumeur congénitale.

Diagnostic

Le diagnostic différentiel de cette lésion ne nous paraît pas se poser.

En effet, parmi les tumeurs bénignes du larynx, les unes nettement endolaryngées ne nous intéressent pas ; les autres, celles qui se développent dans la région du repli aryéno-épiglottique, qui sont des tumeurs extralaryngées et sont décrites dans les traités classiques au chapitre des lipomes, des fibromes et des kystes du larynx rentrent très vraisemblablement dans le cadre des tumeurs que nous étudions dans cette thèse et qui, ainsi que nous avons essayé de le montrer, prennent naissance dans la loge hyo-thyro-épiglottique.

Pour ce qui est du diagnostic de la nature de la

tumeur nous avons vu au chapitre clinique les signes qui permettaient de différencier les tumeurs kystiques des tumeurs solides et nous avons insisté sur l'importance du toucher bimanuel pour la recherche de la fluctuation. Nous croyons inutile et même dangereux de faire une ponction ; il n'est pas avantageux, en effet, d'ouvrir une brèche au travers de la muqueuse laryngée que ces tumeurs respectent toujours et n'envahissent jamais ; une fistulisation fait courir le risque d'une infection secondaire de la poche qu'il est préférable d'éviter.

*
* *

Avant d'étudier la thérapeutique, il nous paraît intéressant de publier les principales observations que nous avons pu recueillir.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Kyste de la région sous-hyoïdienne ; déviation du larynx, troubles de la voix et de la respiration. Gouguenheim et Périer (*Annales des maladies de l'oreille*, avril 1888, n° 4, p. 185).

La nommée R... Marguerite âgée de 48 ans, lingère, entre le 12 mars 1888 à la salle Ste-Geneviève, hôpital Lariboisière, service du Dr Gouguenheim après avoir été examinée et traitée préalablement à la Clinique Laryngologique de cet hôpital.

Pas d'antécédents intéressants à signaler.

Il y a 17 ans, pendant un accouchement, elle ressentit sous la mâchoire un peu à droite de la ligne médiane une sorte de craquement et une légère douleur. Elle avait complètement oublié ces accidents lorsqu'elle s'aperçut un mois après qu'une petite boule s'était formée au même point, dure, un peu élastique, indolente, très immobile sous la peau. Dans l'espace de 5 à 6 ans, cette tumeur grosse comme un pois, acquit graduellement la valeur d'une grosse bille. Il y a 8 ans, pendant la durée d'une pleurésie dont elle fut atteinte, elle s'aperçut que la tumeur devenait douloureuse sans changer de volume. Cet état ne dura que quelques jours ; pendant les années qui suivirent, la malade eut des bronchites fréquentes et la voix se voila peu à peu ; en même temps la tumeur augmentait, mais restait indolente.

Depuis six mois, la voix est très enrrouée, presque éteinte, la respiration ou plutôt l'inspiration est gênée, la déglutition l'est aussi pour les liquides, surtout depuis quelques mois, la malade a des élancements dans l'oreille droite.

Etat actuel : Etat général assez bon, un peu de dyspnée, la voix est éteinte ; une tumeur ferme, élastique, allongée transversalement, est située dans la région sous hyoïdienne droite. Le muscle sterno mastoïdien la limite en dehors, la tumeur adhère au larynx pendant la déglutition. La peau, parfaitement mobile sur la tumeur est normale, pâle, nullement amincie ; la gêne respiratoire est considérable.

Examen laryngoscopique : Le larynx est dévié à gauche, mais son intérieur est complètement inaccessible à la vue. A droite, une tumeur volumineuse, lisse, est étalée et c'est cette tumeur qui remplit la gouttière pharyngo-laryngienne et repousse le larynx du côté opposé.

L'auscultation est rendue difficile par un bruit de ronchage continuel que fait la malade.

Le 14 mars, ponction avec une seringue de Pravaz qui permet de constater l'existence d'un liquide clair, un peu blanc, incolore, contenant des cristaux de cholestérine en grande quantité.

Le 18 mars, la malade crache sans tousser des matières verdâtres en assez grande quantité ; à la suite la toux diminue et la voix devient plus claire.

Le 20 mars, la diminution de la tumeur est très notable, la respiration et la déglutition plus libres, mais un examen laryngoscopique montre qu'il n'y a aucune modification malgré l'atténuation des troubles dyspnéiques.

A la fin de mars, les troubles dyspnéiques réapparaissent, le ronchage qui avait un peu diminué se montre à nouveau, mais la diminution de la tumeur cervicale persiste néanmoins. L'examen laryngoscopique ne varie pas.

Le 5 avril, nouvelle ponction qui ne permet de retirer

qu'une demi-seringue de Pravaz de liquide épais, louche, contenant toujours de la cholestérine.

En présence de l'adhérence de la tumeur au larynx, du rejet de liquide semblant venir de la tumeur, puisqu'à la suite la voix et la respiration étaient devenues plus libres, en présence de la sténose respiratoire, marquée par le cor-nage et les accès de suffocation qui commencent à devenir inquiétants, le Dr Périer est appelé en consultation et conclut à la possibilité d'une lésion du cartilage thyroïde et à la nécessité d'une intervention, après trachéotomie préventive.

La malade arrive dans le service de chirurgie, presque aphone, offrant un tirage permanent et de violents accès de suffocation. L'examen de la tumeur sous-hyoïdienne est très difficile, la pression augmentant la dyspnée. A la vue, on trouve une saillie du volume d'un œuf ; la peau n'offre pas d'inflammation et bien que tendue, est mobile sur la tumeur. Celle-ci paraît adhérente aux parties profondes. La trachéotomie est pratiquée le 24 mai.

Le 28 mai, examen de la tumeur : celle-ci semble diminuée de volume, elle est moins dure et par place semble fluctuante ; en introduisant l'index droit dans le vestibule de la glotte, M. Périer sent qu'il peut refouler la tumeur en dehors. La fluctuation est perçue de cette manière de façon très nette.

Le 10 juin, opération : Anesthésie générale au moyen de la canule. Après l'incision de la peau, on tombe sur une tumeur tendue, à paroi mince, d'aspect kystique. Cette paroi est disséquée sur une certaine étendue, un aide faisant saillir la tumeur par le toucher buccal, mais la paroi ne tarde pas à céder. Il sort un liquide clair, visqueux, qu'on peut évaluer à un peu moins d'un verre. La tumeur s'affaisse complètement, les deux bords de la perforation sont saisis avec des pinces hémostatiques et l'on essaye de continuer la dissection, mais celle-ci est rapidement rendue impossible

par les adhérences profondes. M. Périer se contente alors de toucher les parois internes du kyste avec une solution de chlorure de zinc au 1/10^e. Drain placé dans la cavité kystique suture de la peau. Le soir de l'opération, pas de fièvre, ni de dyspnée, douleurs modérées, mais gêne notable à la déglutition.

Le 11 juin, pansement : Le suintement ayant été assez considérable ; aucun gonflement, aucune douleur locale, la déglutition est plus facile ; le drain est supprimé

Le 20 juin : Plaie réunie, ablation de toutes les sutures restantes. La malade commence à essayer de boucher sa canule.

Le 23 juin, suppression de la canule. La plaie se cicatrise très rapidement, la malade parle très bien et sort complètement guérie le 8 juillet.

A l'examen laryngoscopique, on constate la disparition complète de la tumeur. La gouttière pharyngo-laryngée a réapparu et il est possible de constater l'intégrité absolue du larynx.

La voix a repris son caractère normal.

La malade vient pendant quelque temps à la clinique extérieure où on peut constater et observer le maintien de la guérison.

Obs. II. — Recueillie dans le service de M. le Pr Sebileau.

Mme B..., 32 ans, couturière, ne présente rien de spécial dans son histoire clinique.

L'examen laryngoscopique pratiqué avant l'opération montrait un larynx refoulé à droite ; dans la région vestibulaire gauche une tuméfaction lisse, arrondie, rougeâtre, bombait dans le vestibule qui était obstrué. Cette tumeur bombait également dans le pharynx.

Opération par le Pr Sebileau, le 10 décembre 1918 : Après anesthésie à la novocaïne, une canule de Butlin est placée

à la partie inférieure de la trachée cervicale (une laryngotomie intercricothyroïdienne aurait créé une gêne au cours de l'intervention). Le chloroforme est alors donné avec l'appareil de Ricard.

Incision cutanée de 10 cm. le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, le milieu de l'incision correspond à la grande corne du cartilage thyroïdien.

Le paquet vasculo-nerveux est mis à nu et confié à un écarteur postérieur. La grande corne du thyroïde est amarrée et tirée en avant de manière à présenter la face postéro-latérale gauche de la région. On arrive sur une masse recouverte de veines sinueuses et dilatées. La tumeur est libérée ; elle se clive d'abord facilement, sauf en un point où elle adhère et fait corps avec la muqueuse pharyngée, en avant de la grande corne du cartilage thyroïde, dans l'angle de cette corne et de la lame latérale. A ce niveau, on doit réséquer un segment de la muqueuse.

Cette brèche est fermée par trois points au catgut. Les plans musculaires pharyngés sont reconstitués au catgut. Suture de la peau par trois crins et des agrafes de Michel, drainage par un faisceau de crins qui sort à la partie inférieure de la plaie. Mise en place d'une sonde nasale.

Le lendemain de l'intervention, la malade présente encore du choc opératoire. Pouls petit à 100. Huile camphrée. On supprime la canule ; à ce moment la malade manifeste une légère gêne respiratoire pendant quelques instants.

Suites opératoires normales, peu de suintement au niveau du faisceau de crins.

La malade quitte le service le 25 décembre 1918.

Revue sept ans après, elle est en parfaite santé.

Obs. III. — Kyste du larynx par E. D. D. Davis, F. R. C. S. *Journal of laryngology and otology*, septembre 1923, p. 473.

Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, atteinte de dyspnée

avec stridor laryngé depuis quelques semaines. Depuis 3 ans, la malade se plaignait d'enrouement.

L'examen laryngoscopique montre une masse volumineuse, pâle, unie, ayant l'aspect d'un kyste. Cette masse remplit l'orifice du larynx et cache les cordes vocales. Elle est sessile et se développe sur la face interne de l'épiglotte

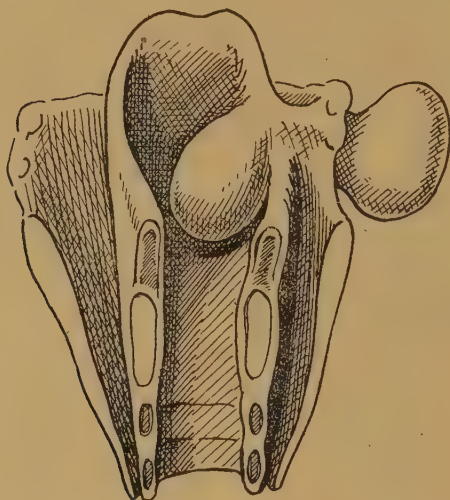


FIG. IV

et du repli aryténo-épiglottique du côté droit ; elle ne fait pas hernie dans la fossette piriforme

Le 1^{er} août 1922 : Ponction du kyste, après laryngoscopie indirecte.

Le 8 août 1922 : Le kyste est à nouveau rempli de liquide ; la malade est endormie et on essaye d'extraire le kyste après laryngoscopie en suspension, mais on ne peut y parvenir et le kyste est simplement ponctionné. Pas de tumeur cervicale.

On pense qu'il s'agit d'un kyste banal du larynx par rétention.

La malade revient le 27 décembre 1922 ; le kyste s'est reformé, la respiration est très gênée. On pratique une nouvelle laryngoscopie en suspension, en se proposant d'intervenir par voie externe, en cas d'insuccès. L'anesthésie générale est pratiquée, mais est rendue difficile du fait de l'obstacle laryngé. Une syncope respiratoire se produit, la malade meurt malgré une laryngotomie hâtive.

Renseignements fournis par l'autopsie : Dès l'ouverture du cou, on voit un kyste volumineux, dont le segment externe est situé au bord postérieur du muscle thyro-hyoïdien et dont le segment interne se trouve à l'intérieur du larynx. Ces deux portions du kyste communiquent l'une avec l'autre, à travers la membrane thyro-hyoïdienne par un segment rétréci, ce qui donne à la tumeur un aspect biloculaire ; la pression sur la masse cervicale fait refluer le liquide vers la masse laryngée.

Examen de la pièce par M. Shattock. Il s'agit d'un kyste par rétention de mucus et non d'un kyste dermoïde congénital.

Obs. IV. — Obs. de M. Cyril Horsford ; Congrès de la section de laryngologie de la Société Royale de Médecine, 2 février 1917. Rapportée dans le *Journal of laryngology and Otology*. Septembre 1923, p. 474.

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, atteint de troubles fonctionnels laryngés, aphonie, dyspnée, août 1915.

L'examen laryngoscopique montre un œdème intense du repli aryténo-épiglottique et de l'aryténoïde du côté gauche.

La tuméfaction est incisée ; la semaine suivante, l'œdème a disparu et il n'existe plus aucune lésion au niveau du larynx expliquant les troubles de la voix et la dyspnée.

Un an après, le malade revient avec une grosse tumeur kystique, recouvrant la bande ventriculaire gauche, le repli

aryténo-épiglottique gauche, et s'étendant jusqu'à la fossette piriforme gauche. La dyspnée est prononcée et pour soulager le malade on ponctionne le kyste au thermocautère ; il s'en échappe une grande quantité de liquide gélatineux et sanglant.

Ultérieurement, le kyste se reforme deux fois, mais éclate spontanément avec soulagement du malade.

Le 16 mars 1927 opération pratiquée par M. Trotter sous chloroforme après trachéotomie préliminaire.

Incision au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche lequel est récliné en arrière ; l'aile gauche du thyroïde est réclinée en avant ; on sent alors le kyste sous les muscles constricteurs. Ceux-ci sont dissociés et le kyste extériorisé est disséqué, sans qu'on ait à ouvrir le pharynx ; il s'étend dans la paroi laryngée, atteignant en bas le ventricule. A ce niveau on résèque un segment de la muqueuse laryngée, puis on la suture au catgut fin. Suture des constricteurs, puis de la peau. Drain.

Quelques semaines plus tard, le larynx est absolument normal.

Anatomie pathologique : Kyste de la grosseur d'une noix et contenant un liquide clair. La paroi du kyste est formée de tissu fibreux et de muscle lisse tapissés d'un revêtement épithélial. La couche épithéliale est formée de cellules en colonne à la base desquelles se trouve une assise de cellules polyédriques. En un point, se trouve un nodule de tissu lymphoïde et à ce niveau une partie de l'épithélium a disparu.

Obs. V. — Obs. de MM. Tilley et Wilfred Trotter, congrès de la section de laryngologie de la Société Royale de Médecine, 2 février 1917. Rapportée dans le *Journal of laryngology and otology*, septembre 1923, p. 473.

Il s'agit d'un kyste volumineux développé dans le repli aryténo-épiglottique droit, et s'accompagnant de troubles

respiratoires sérieux. M. Tilley enlève à la pince un segment considérable de la tumeur. Mais en 6 semaines le kyste se reforme et provoque à nouveau des signes fonctionnels graves.

En même temps, se développe au niveau du cou, dans la région thyro-hyoïdienne, une tumeur qui prend de l'importance, puis s'infecte. Incision, drainage.

Devant l'insuccès de ce traitement, on intervient. On trouve au niveau du cou, au-dessus du cartilage thyroïde une

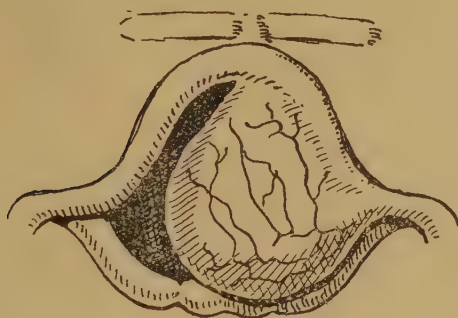


FIG. V

poche kystique qui plonge dans la profondeur de l'intervalle thyro-hyoïdien. Les conditions sont les mêmes que s'il s'agissait d'un kyste du tractus thyro-glosse ; cependant la tumeur au lieu de cheminer sous l'os hyoïde, se développe latéralement. Le kyste est suivi jusqu'à la corde vocale ; il est limité en dedans par la muqueuse mince du larynx, en dehors par l'aile du cartilage thyroïde.

Obs. VI. — Contribution à l'étude des tumeurs kystiques périlaryngées. Un cas rare. Kyste branchial latéro-laryngé en bouton de chemise. *Thèse de Bouvet, Paris, 1926,*

M. D... Pierre, âgé de 56 ans, consulte le 25 décembre dans le Service de M. le Dr Bourgeois pour une tuméfaction de la région cervicale droite et des troubles phonatoires et respiratoires remontant à 3 ans. Tous ces phénomènes seraient survenus au cours d'une crise gastrique accompagnée de nombreux vomissements. A cette époque, la tuméfaction avait été incisée dans un service hospitalier et il s'en était écoulé un liquide clair et abondant. Après cette incision, les troubles respiratoires avaient rétrocedé.

Depuis ce moment, à intervalles variables, la tumeur réapparaît avec son cortège habituel de signes fonctionnels laryngés qui rétrocedent au moment où cette tumeur spontanément s'ouvre à l'extérieur et se vide de son contenu toujours clair.

A l'examen, le malade qui est atteint par ailleurs d'une dyspnée légère et d'une résonance nasillarde de la voix, présente au-dessous de l'os hyoïde du côté droit, en avant de la gaine des vaisseaux, une tuméfaction de la grosseur d'une noix, centrée par une dépression ombiliquée qui représente la terminaison d'un orifice fistuleux.

L'examen laryngoscopique montre une volumineuse tuméfaction soulevant la paroi laryngée au-dessus et au niveau de la corde vocale droite et masquant complètement l'orifice glottique ; à son niveau, la muqueuse est normale.

Dès le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, la fistule s'ouvre, laissant s'écouler un liquide séro-purulent, puis muqueux et clair. A ce moment l'examen endolaryngé permet de constater que la tuméfaction a disparu presque complètement

La radiographie du kyste préalablement rempli de lipiodol est pratiquée ; elle montre une formation en bissac, constituée d'une poche endo-laryngée, séparée par une région étroite, imprécise, d'une poche externe sous cutanée.

Le malade est présenté à la Société de Laryngologie ; on

porte le diagnostic de tumeur kystique, d'origine branchiale vraisemblable et on intervient.

L'intervention est pratiquée par M. le Dr Hill. Anesthésie générale au chloroforme au moyen de la pipe de Delbet. Incision curviligne, partant de la partie médiane du maxillaire inférieur et venant aboutir à la corne thyroïdienne. Dissection de la peau et du peaucier ; en arrière on trouve des adhérences au niveau du tronc thyro-linguo-facial qui est réséqué. On suit la poche fibreuse jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne qui est incisée de haut en bas. Dissection et décollement à la spatule de toute la poche kystique, sans perforation de la muqueuse endo-laryngée. Hémostase. Mise en place d'une mèche iodoformée, suture cutanée à travers laquelle on ménage un orifice postérieur pour l'extrémité de la mèche.

La cicatrisation s'effectue en 10 jours.

Examen six mois plus tard : le larynx est absolument normal ; la voix du malade est parfaitement timbrée.

2^e Examen histologique de la pièce : membrane constituée par un épithélium cylindrique à cellules très hautes et ciliées. Au-dessous, tissu cellulaire lâche avec grosse infiltration cellulaire et quelques amas lymphoïdes.

L'auteur ajoute : « L'existence d'un épithélium cylindrique cilié dans la paroi d'une cavité kystique cervicale ne nous semble explicable que par l'hypothèse d'un kyste branchial. L'histoire de notre malade est celle de la plupart des kystes du cou, et dans le cas que nous rapportons, on peut supposer que le kyste intra-laryngien, irrité, a sécrété davantage et que par l'orifice d'un conduit fistuleux minime, la tuméfaction s'est brusquement extériorisée dans la région cervicale en passant au travers de la membrane thyro-hyoïdienne. »

Obs. VII — Contribution à l'étude des kystes branchiaux de la région latérale du cou. (G. L. Bosdeveix. *Annales des maladies de l'oreille*, n^o 8, août 1929, page 826).

Le malade, M. L., âgé de 35 ans, est venu consulter pour la première fois dans le service d'O. R. L. de M. Hautant en juillet 1927.

Il présentait à ce moment-là des troubles laryngés fonctionnels et surtout une dyspnée très violente, au point d'envisager la trachéotomie d'urgence.



FIG. VI

A l'interrogatoire, le malade ne peut préciser le début exact de la dysphonie. Il signale toutefois que sa voix a toujours présenté un timbre assez voilé.

C'est, progressivement, insidieusement, en plusieurs années, dit-il, que cette dysphonie s'est établie.

Quant aux troubles respiratoires, ce n'est que depuis peu qu'ils se sont révélés,

Cette dyspnée, légère au début, a augmenté rapidement d'intensité et maintenant le malade a de véritables crises de suffocation survenant de préférence la nuit. C'est à la suite d'une de ces crises qu'il nous est amené.

Examen du malade :

1) *S. fonctionnels :*

a) *dysphonie* : la voix du malade est pénible, couverte, étouffée, peu vibrante. Il peut cependant émettre des sons aigus, signe en faveur de l'intégrité de ses cordes vocales.

b) *dyspnée* : apparue tardivement ; au début légère dyspnée d'effort qui, très rapidement, aboutit à l'état asphyxique que nous constatons. Il n'y a ni douleurs, ni dysphagie. Son état général est florissant ; pas d'amaigrissement, pas de température.

2) *S. Physiques :*

A la palpation profonde de la région cervicale gauche, on sent une masse du volume d'une mandarine, libre d'avec les plans superficiels et adhérent intimement aux plans profonds.

Cette tuméfaction s'étend du bord inférieur du maxillaire à la partie supérieure du cartilage thyroïde.

Au palper, elle se révèle dure, lisse et arrondie.

Le palper bimanuel n'a pu être pratiqué en raison de sa profondeur.

A l'examen laryngoscopique, on voit le larynx dévié à droite dont toute la partie gauche est tuméfiée et semble repoussée en dedans.

Au-dessus du larynx le repli pharyngo-épiglottique est énorme ; sa face externe tuméfiée, déformée, bombe en haut et en dehors. Sa face interne, moins volumineuse, repousse l'épiglotte vers la droite.

Cette tuméfaction se prolongeant en bas et au-dedans rejoint la bande ventriculaire correspondante. Cette bande transformée en une masse ronde et du volume d'une noix

masque l'orifice glottique, recouvrant les trois quarts postérieurs de la corde sous-jacente. De plus cette masse empiétant en arrière sur le sinus piriforme le comble en partie.

Les aryténoïdes et la région inter-aryténoïdienne ne présentent pas de lésion, l'épiglotte est saine.

En-dessous de cette masse, la partie antérieure de la corde gauche est visible. Elle a conservé sa couleur nacrée, son bord est normal. Elle est mobile, signe important.

L'hémilarynx droit ne présente ni déformation, ni lésion.

Dans son ensemble, la muqueuse du larynx a conservé sa couleur normale. On y trouve ni infiltration, ni ulcérations; on remarque seulement au niveau de la tuméfaction qu'elle est amincie et laisse deviner par transparence une collection jaunâtre.

Nous avons ponctionné la tumeur à plusieurs reprises; le liquide retiré est jaunâtre, puriforme. L'examen bactériologique n'a révélé aucun germe microbien et l'inoculation au cobaye est restée négative. Nous avons observé qu'à la suite de chaque ponction, le volume de la tumeur subit une diminution notable et que les troubles fonctionnels disparaissent presque.

Les radiographies qui furent faites ne montrèrent rien de très net, sauf cependant sur celle prise de profil, où l'on voit une collection arrondie, occupant l'espace compris entre le bord inférieur de l'os hyoïde et la partie moyenne de l'aile thyroïdienne, masses sombre au centre et claire à la périphérie, ce qui indiquait une collection liquide.

Après avoir gardé le malade en observation pendant une quinzaine de jours, à la suite de ponctions et d'un traitement uniquement médical (repos et compresses chaudes) tous les symptômes ont disparu et le malade quitte le service.

Ce n'est qu'en février 1928 que le malade revient nous voir; il présente alors une nouvelle crise de dyspnée aiguë; mêmes symptômes, mêmes troubles fonctionnels. On remarque seulement que la partie cervicale de la tumeur a

augmenté de volume et est devenue nettement fluctuante.

Le Dr Hautant qui voit le malade pour la première fois envisage le diagnostic de kyste de la région latérale du cou et en propose l'exérèse.

Intervention : Anesthésie générale au masque d'Ombredanne ; le Dr Hautant pratique une incision curviligne partant à 2 cent. du maxillaire inférieur et venant aboutir, après avoir longé le bord intérieur du sterno-cléido mastoïdien, un peu en dessous de la corne thyroïdienne.

Incision du peaucier, de l'aponévrose superficielle et on découvre alors la face externe du kyste. Cette face ne présente aucune adhérence avec les plans superficiels. On cherche un plan de clivage et on commence la dissection de la poche.

On ne trouve pas d'adhérence en haut ni en avant, mais seulement au niveau des gros vaisseaux en arrière.

Après avoir sectionné ces adhérences, toute la partie cervicale de la tumeur se trouve libérée ce qui permet d'en reconnaître ses limites.

On est en présence d'une masse du volume d'une mandarine qui s'étend en haut : du bord inférieur du maxillaire, en bas : recouvre l'aile thyroïdienne, en avant : s'avance jusqu'à l'angle inférieur du cartilage thyroïde, et en arrière : se trouve en contact des gros vaisseaux.

On poursuit alors la dissection du kyste au niveau de sa face profonde et on constate que cette face adhère :

— *en arrière* : directement à la muqueuse du pharynx ; à cet endroit la dissection du kyste devient très difficile, en raison des grosses adhérences qui s'y trouvent.

— *en avant* : que cette face se prolonge par un pédicule qui franchit la membrane thyro-hyoïdienne dans sa partie postérieure.

On incise la membrane thyro-hyoïdienne et en suivant le pédicule, on arrive au niveau de la masse laryngée.

Cette masse est limitée au dehors par la face interne de

l'aile thyroïdienne, en dedans par les tissus laryngés. refoulant ainsi la bande ventriculaire et le sinus piriforme, en haut et en arrière par le repli pharyngo épiglottique. A ce niveau, le kyste ayant disséqué la paroi musculaire du pharynx, n'est plus séparé de sa cavité que par la muqueuse.

On dissèque et on décolle à la spatule et aux ciseaux courbes toute cette poche kystique et l'ablation totale de la poche est obtenue sans perforation de la muqueuse endolaryngée. Assèchement de la cavité, ligatures et tamponnement serré à la mèche iodoformée. Suture de la plaie. On ménage un orifice postéro-supérieur pour la sortie de la mèche. Pansement.

24 heures après, on enlève la mèche, et la cicatrisation se fait en 15 jours; le malade quitte le service.

Un mois après : la cicatrisation est complète, on fait à ce moment un nouvel examen laryngoscopique qui montre un larynx à peu près normal : une très légère tuméfaction demeure encore au niveau de sa bande ventriculaire et de son repli pharyngo-épiglottique.

La voix est plus claire, plus vibrante. Les troubles dyspnéiques ont complètement disparu.

Examen histologique : Les fragments prélevés sont revêtus par un épithélium pavimenteux stratifié. Au-dessous de ce revêtement et à son contact se trouvent plusieurs volumineux amas lymphatiques, comprenant un certain nombre de follicules lymphoïdes, dans lesquelles on distingue une zone marginale et un centre germinatif."

En de nombreux points les éléments lymphocytaires pénètrent dans l'intérieur même de l'épithélium, rappelant ainsi la structure du tissu lympho-épithélial.

Par endroits, cet aspect devient tout à fait caractéristique, le tissu lymphoïde étant localisé au niveau d'invagination de l'épithélium et l'on a l'image classique des cryptes de l'amygdale palatine.

Obs. VIII et IX : Deux kystes volumineux occupant la profondeur des replis aryténo et pharyngo-épiglottiques et de la bande ventriculaire. Rapportés à la *Société d'O. R. L. de Paris*, 6 décembre 1929. L. Girard et N. Arnould.

Le premier malade est âgé de 51 ans. Il est venu pour la première fois en avril 1929, à la consultation de Saint-Joseph, pour gêne de la phonation apparue depuis quelques semaines. Il ne présente aucune dyspnée, aucune dysphagie.

A cette époque, l'examen laryngoscopique montrait une masse lisse, régulière et ovoïde, encombrant le vestibule laryngien et incluse dans le repli aryténo et pharyngo-épiglottique gauche. Cette masse atteignait la ligne médiane et masquait toute la moitié correspondante du larynx; les cordes étaient normales et mobiles; les aryténoïdes et la région aryténoïdienne ne présentaient aucune lésion, ni ulcération, ni infiltration.

De plus, à la palpation de la région cervicale gauche, on ne décelait aucune tuméfaction.

L'état général, et en particulier l'état pulmonaire étaient bons. Le Wassermann était négatif.

Nous avons donc pensé à un kyste aryténo-épiglottique. Une première ponction a retiré 5 centimètres cubes d'un liquide jaunâtre et gélatineux.

Pendant cinq mois, le malade a retrouvé une voix normale, mais en octobre la dysphonie réapparaissant progressivement, nous avons alors pratiqué une seconde ponction et avons retiré 10 centimètres cubes de liquide citrin et rose, moins épais que la première fois.

L'examen histologique décelait des polynucléaires nombreux, bien conservés, quelques cellules épithéliales isolées et en placards. Pas de germe à l'examen direct. *Sur culture* : assez nombreux germes d'aspect pneumocoques-staphylocoques blancs. Rares bâtonnets d'aspect cocynébactérium. L'inoculation au cobaye est restée négative.

Après la ponction, la paroi du kyste était flasque et dé-

couvrait le larynx, 15 jours plus tard, le kyste reprenait son volume précédent.

Le deuxième malade est une femme de 65 ans, examinée et traitée en 1924, par M. Girard.

Elle était venue consulter pour une gêne sans douleur dans la gorge remontant à 4 semaines ; le timbre de sa voix était légèrement altéré ; 4 années auparavant elle aurait eu un abcès du cou à droite, guéri par ponction.

L'examen laryngoscopique montrait une tuméfaction arrondie et régulière, siégeant dans le repli aryténo-épiglottique droit, et faisant une grosse saillie à l'intérieur du vestibule laryngien, refoulant en dedans la bande ventriculaire remplissant d'autre part la vallécule pharyngo-laryngée.

La muqueuse était saine partout, les cordes parfaitement mobiles.

La palpation externe ne fournit aucun renseignement ; la ponction donne un liquide kystique.

Examen histologique : quelques éléments cellulaires reconnaissables : polynucléaires et mononucléaires, éléments dégénérés, pas de microbes, pas de B. K. Les cultures au bouillon gélosé sont restées stériles.

B. W. négatif.

Les jours suivants, on constate une importante réaction inflammatoire.

4 mois plus tard, 24 septembre 1924, la malade était de nouveau examinée. La tumeur avait disparu et il ne restait plus qu'un très léger épaissement du repli aryténo-épiglottique.

En 1926, le kyste avait très lentement récidivé et il était de même taille que lors du premier examen.

On ne fit pas de nouvelle ponction, néanmoins dans les mois qui suivirent, le kyste se mit à regresser spontanément très lentement et à l'heure actuelle, il ne reste plus qu'un épaissement du repli aryténo-épiglottique et pharyngo-épiglottique.

TRAITEMENT

L'extirpation de ces tumeurs par la voie endo-laryngée est absolument à rejeter, que ces tumeurs soient kystiques ou solides.

Outre qu'il est dangereux de créer une solution de continuité au niveau d'une muqueuse qui se révèle toujours intacte dans les cas qui nous occupent, il semble que ce procédé qui ne permet d'extraire à la pince ou au serre-nœud que le segment de la tumeur qu'on aperçoit au miroir laryngoscopique ne mette pas le malade à l'abri d'une récurrence (obs. V).

De même la simple ponction d'une tumeur kystique se révèle inopérante (obs. III, IV, VIII).

*
* *
* *

Le seul traitement logique est l'extirpation de ces tumeurs par voie externe, cutanée, préconisée depuis longtemps par M. le P^r Sebileau, voie à laquelle d'ailleurs les chirurgiens modernes se sont ralliés.

Anesthésie. Deux modes d'anesthésie peuvent être employés :

— L'anesthésie loco-régionale.

— L'anesthésie générale.

Si, théoriquement, l'anesthésie loco-régionale paraît plus séduisante, elle se heurte comme difficultés d'application aux troubles respiratoires souvent intenses que présente le malade dans le décubitus et la position opératoire et qui nécessitent souvent la mise en jeu d'une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne pour éviter les phénomènes asphyxiques.

Dans ces conditions, il est plus facile de pratiquer une anesthésie générale à distance, soit avec la pipe de Delbet qui peut dans certains cas refouler la tumeur et permettre une anesthésie correcte, soit, avec le secours d'une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, grâce à l'ajutage Sebileau Lemaître adapté à la canule de Butlin et Poirier.

En tous cas, si l'on utilise l'anesthésie loco-régionale ou si l'on utilise l'anesthésie générale à la pipe de Delbet il est indispensable d'avoir préparé à l'avance le matériel nécessaire pour pratiquer une laryngotomie qu'un accident asphyxique ou spasmodique peut rendre immédiatement nécessaire.

Technique opératoire

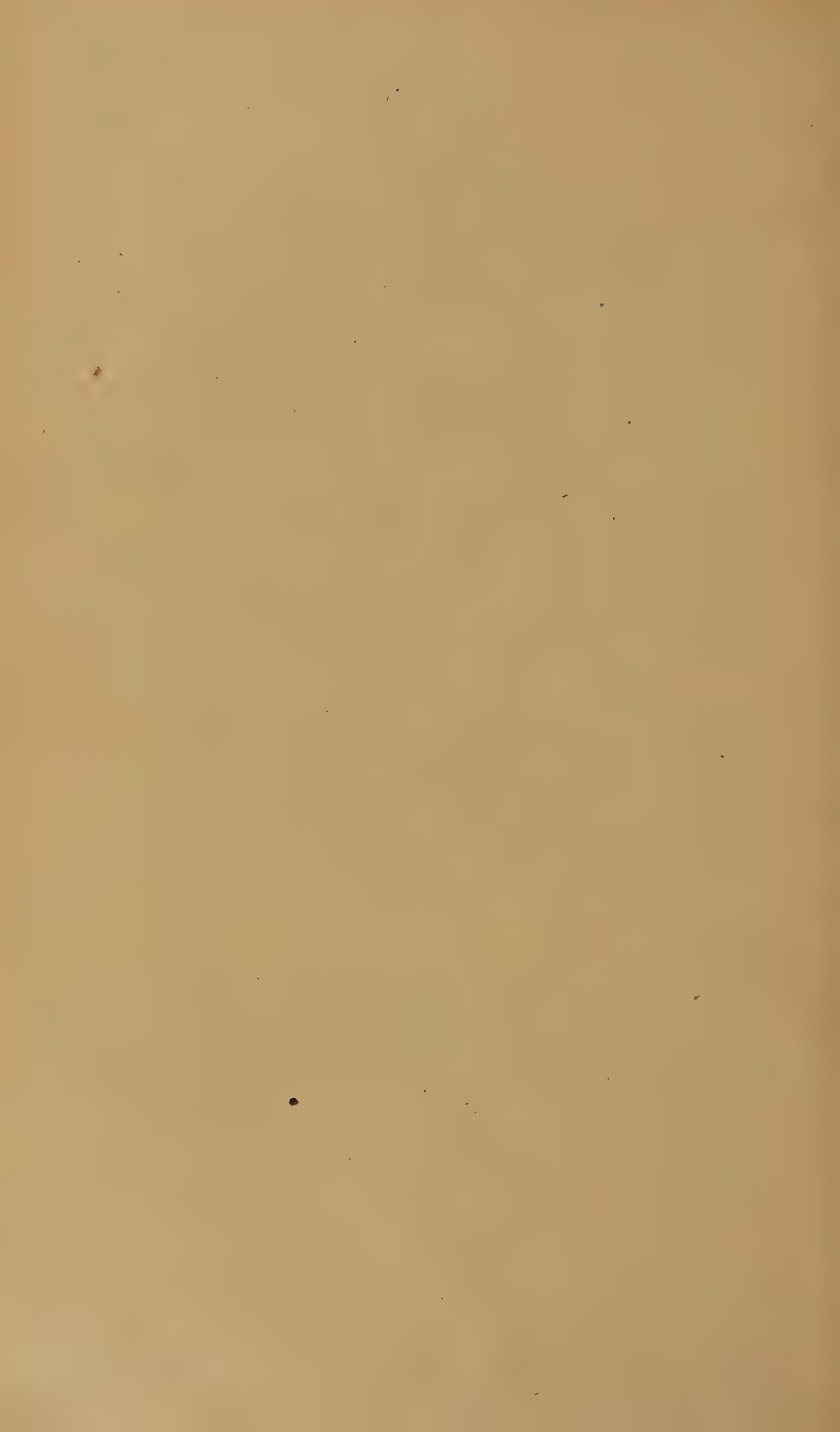
L'incision cutanée circonscrira la tuméfaction, ou s'il n'y a pas de tuméfaction on utilisera une incision ansiforme horizontalement tendue du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien sur lequel elle empiète légèrement à la ligne médiane qu'elle atteint au niveau de

l'os hyoïde, le sommet de la courbe débordant légèrement sur l'aile thyroïdienne.

Le lambeau cutané est relevé, les aponévroses musculaires et le muscle thyro-hyoïdien sont sectionnés et relevés et l'on tombe sur la région sans avoir rencontré d'organes importants. On ne trouve que quelques veines cutanées, origines des jugulaires antérieures et quelquefois, dans la profondeur, des branches veineuses du pédicule thyroïdien supérieur. En effet le tronc veineux thyro-linguo-facial est beaucoup plus haut et plus postérieur, le pédicule laryngé supérieur beaucoup plus profond.

On effondre alors la membrane thyro-hyoïdienne horizontalement et on tombe sur la tumeur que l'on clive en général facilement, qu'elle soit solide ou kystique. Il se peut cependant qu'elle adhère en un point à la muqueuse pharyngo laryngée ; dans ce cas, la muqueuse que l'on aura été forcé de réséquer sera immédiatement suturée au catgut. L'espace mort créé par l'ablation de la tumeur sera drainé soit par une simple mèche non tassée, soit de préférence avec un faisceau de crins ; on fera sortir le drainage par l'orifice postérieur de l'incision.

Les suites opératoires sont très simples. La guérison survient en une semaine ou deux et si, dans les jours qui suivent, le repli aryéno épiglottique est légèrement tuméfié il ne tarde pas à reprendre son aspect normal.



CONCLUSIONS

1° La loge hyo-thyro épiglottique de Poirier et Picqué constitue une entité anatomique nettement individualisée ;

2° Elle peut être le siège de tumeurs dont le caractère commun est de se développer et de refouler la paroi muqueuse pharyngo-laryngée jusque dans le repli aryténo-épiglottique ;

3° Cliniquement, ces tumeurs sont caractérisées par des troubles laryngés inspiratoires intenses ;

4° Au point de vue étiologique, ces tumeurs peuvent être des tumeurs kystiques congénitales mais ce peuvent être aussi des tumeurs solides conjonctives, graisseuses ou ganglionnaires ;

5° L'abord de ces tumeurs doit se faire par voie externe, par dissection successive et leur exérèse se pratiquer entièrement sans blesser la muqueuse laryngée ;

6° Dans la majeure partie des cas, ces tumeurs sont bénignes et leur extirpation est suivie d'une guérison définitive.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président de la thèse*
BALHAZARD. P. SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BLANC. — Des kystes du larynx (*Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie*, 1883, t. III, p. 324 et suiv.).

BOSDEVEIX. — Contribution à l'étude des kystes branchiaux de la région latérale du cou (*Annales des maladies de l'oreille*, août 1929, p. 826).

BOUVET. — Contribution à l'étude des tumeurs kystiques périlaryngées. Un cas rare. Kyste branchial latéro-laryngé en bouton de chemise (*Thèse de Paris*, 1926).

CARREGA. — Essai sur la chirurgie des tumeurs périlaryngées (*Thèse de Paris*, 1925, Arnette, éditeur).

COLLET. — Traité d'Oto-laryngologie. Les tumeurs bénignes du larynx. p. 565 (Doin, 1928).

DAVIS. — Cysts of the larynx (*Journal of laryngology and otology*, septembre 1923, p. 473).

GARÉL. — Tumeurs bénignes du larynx (*Traité pratique d'O. R. L. larynx et trachée*, par Lannois, Lermoyez, Moure, Sebileau. — Doin, 1921).

GIRARD et ARNOULD. — Deux kystes volumineux occupant la profondeur des replis aryténo et pharyngo-épiglottique et de la bande ventriculaire (*Soc. d'O. R. L.*, 6 décembre 1929).

GOUGUENHEIM et PÉRIER. — Kyste de la région sous hyoïdienne ; déviation du larynx ; trouble de la voix et de la respiration (*Annales des maladies de l'oreille*, avril, 1888, p. 185).

HORSFORD. — Un cas de kyste du larynx. Congrès de la

section de laryngologie de la société royale de médecine, 2 février 1917. (Rapporté par Davis dans le *Journal de laryngology*, septembre 1923, p. 474).

MOURE. — Etude sur les kystes du larynx (*Revue mensuelle de laryngologie*, Paris, 1881).

NICOLAS. — Appareil respiratoire (*Traité d'anatomie de Poirier et Charpy*, t. IV).

POIRIER et PICQUÉ. — Anatomie chirurgicale de la région hyo-thyro-épiglottique (*Revue de chirurgie*, 1907, t. XXXVI, p. 1).

SCHWARTZ. — Les tumeurs du larynx (*Thèse d'agrégation de Paris*, 1886).

SEBILEAU et TRUFFERT. — Le carrefour aéro-digestif ; le larynx ; le pharynx (Arnette, éditeur, 1924).

TILLY and WILFRED TROTTER. — Volumineux kyste du larynx. Congrès de la section de laryngologie de la société royale de médecine, 2 février 1917 (Rapporté par Davis dans le *Journal de laryngologie*, septembre 1923, p. 475).

TRUFFERT. — Le cou (Anatomie topographique). Les aponeuroses. Les loges. (70 figures, planches originales, 1922, Arnette, éditeur).

1931. Saint-Amand (Cher). - Imp. A. CLERC

